



Figura 1. TAC de tórax de alta resolución con presencia de nódulos bilaterales de bordes irregulares y áreas de vidrio esmerilado, engrosamiento peribroncovascular.

La tomografía de tórax revela nódulos mal definidos bilaterales y simétricos en una distribución peribroncovascular (lesiones en llama). Otros hallazgos incluyen engrosamiento septal peribroncovascular e interlobular, consolidación progresiva del espacio aéreo y opacidades en vidrio esmerilado³.

Las lesiones en paladar son un fuerte predictor de compromiso broncopulmonar¹. En la broncoscopia las lesiones típicas son placas de color rojo o violáceo «en cereza» en el árbol bronquial¹, que se asocian a la detección del VHH-8 en LBA, el cual es altamente específico (95-98,9%) con sensibilidad variable del 58-100%.

La hemorragia alveolar oculta se describió en pacientes positivos para VIH con síntomas respiratorios y hallazgos radiológicos anormales en ausencia de hemoptisis. En el 35,6% de los casos se encontró sarcoma de Kaposi broncopulmonar y de estos, el 60,5% presentaron hemorragia alveolar oculta⁴.

Posteriormente, Vincent et al.⁵, encontraron como factores de riesgo, la presencia de sarcoma de Kaposi (OR: 5,3; IC 95%: 1,8-16,7; p=0,003), neumonía por citomegalovirus (OR: 9,8; IC 95%: 1-100; p=0,05), edema pulmonar hidrostático (OR: 16,4; IC 95%: 1,8-142; p=0,01) y recuento plaquetario <60.000 (OR: 5,6; IC 95%: 1,5-20; p=0,009).

En conclusión, la broncoscopia es una herramienta útil para el diagnóstico de hemorragia alveolar oculta en pacientes con infección por VIH y síntomas respiratorios.

Financiación

Ningún tipo de fuente de financiación.

Agradecimientos

A los doctores Edgar Sánchez y Alfredo Saavedra, Médicos Internistas, Neumólogos, Unidad de Neumología, Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Nacional de Colombia.

A la doctora Sonia Cuervo, Infectóloga, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

Bibliografía

1. Sullivan RJ, Pantanowitz L, Casper C, Stebbing J, Dezube BJ. HIV/AIDS: Epidemiology, pathophysiology, and treatment of Kaposi sarcoma-associated herpes virus disease: Kaposi sarcoma, primary effusion lymphoma, and multicentric Castlemann disease. *Clin Infect Dis.* 2008;47 Suppl 9:S1209-15.
2. Restrepo CS, Martínez S, Lemos JA, Carrillo JA, Lemos DF, Ojeda P, et al. Imaging manifestations of Kaposi sarcoma. *Radiographics.* 2006;26 Suppl 4:S1169-85.
3. Benfield TL, Dodt KK, Lundgren JD. Human herpes virus-8 DNA in bronchoalveolar lavage samples from patients with AIDS-associated pulmonary Kaposi sarcoma. *Scand J Infect Dis.* 1997;29 Suppl 1:S13-6.
4. Hughes-Davies L, Kocjan G, Spittle MF, Miller RF. Occult alveolar haemorrhage in bronchopulmonary Kaposi sarcoma. *J Clin Pathol.* 1992;45 Suppl 6: S536-7.
5. Vincent B, Flahault A, Antoine M, Wislez M, Parrot A, Mayaud C, et al. AIDS-related alveolar hemorrhage: A prospective study of 273 BAL procedures. *Chest.* 2001;120 Suppl 4:S1078-84.

Ingrid Martínez Ramírez^{a,*}, Adan Jose Luquez^b
y Plutarco García Herreros^c

^a *Fellow de Neumología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia*

^b *Medicina Interna, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia*

^c *Unidad de Neumología, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ijmartinezr@unal.edu.co (I. Martínez Ramírez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.01.014>

Vasculitis cutánea paraneoplásica asociada a cáncer de pulmón



Paraneoplastic Cutaneous Vasculitis Associated With Lung Cancer

Sr. Director:

Las vasculitis paraneoplásicas (VPN) representan el 2-5% de todas las vasculitis, estimándose que la frecuencia de vasculitis es de 1 por 1.800 neoplasias hematológicas y de 1 por 80.800 tumores sólidos¹. Para ser considerada VPN tienen que identificarse ambos procesos en un período comprendido en 12 meses². Las VPN más frecuentes son las cutáneas, correspondiendo más de la mitad de los casos a vasculitis leucocitoclástica (VLC). Presentamos el caso de una mujer que desarrolló una púrpura palpable en miembros inferiores, lo que permitió el diagnóstico de una neoplasia pulmonar.

Mujer de 57 años, exfumadora desde hacía 22 años de 15 paquetes/año, carcinoma intraductal de mama izquierda a los 36 años,

tratada con cirugía conservadora, quimioterapia y radioterapia, última revisión 2 años antes, sin evidencias de recidiva. Ingresó por artralgias en carpos y rodillas, de 10 días de evolución, junto con lesiones purpúricas en miembros inferiores. En las últimas 72 h dolor abdominal, vómitos y deposiciones líquidas incontables sin productos patológicos. Desde hacía 6 meses tos seca, síndrome constitucional y adelgazamiento de 4 kg. En la exploración física se objetivaba constitución asténica, regular estado general, IMC 17,42, PA 139/93, temperatura 36,7°C, no se palpaban adenopatías significativas, la auscultación cardiopulmonar era normal y presentaba dolor difuso a la palpación del abdomen, que era blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. En el aparato locomotor: púrpura palpable en piernas y algunas en muslos; acropaquias en dedos de manos y pies (fig. 1). No dolor, limitación articular ni sinovitis. En la analítica realizada destacaba: Hb 12,7 g/dl, HTO 37,4%, VCM 101,9, HCM 34,6 pg. La determinación de parámetros bioquímicos, inmunoglobulinas, C3, C4, ANA, ANCA, anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico, crioglobulinas, β2-microglobulina, marcadores tumorales (α-fetoproteína, CEA, CA-125, CYFRA 21.1, enolasa), serología VHC, VHB, VIH eran nor-



Figura 1. Lesiones de púrpura palpable en las piernas y acropaquías en los dedos de los pies.

males o negativos. VSG 69. PCR 10,4 mg/dl. Estudio de orina y coagulación normales, excepto fibrinógeno 619 mg/dl. Proteinuria: 0,4 g/24 h, posteriormente normalizado; sistemático y sedimento de orina: normales. Biopsia cutánea: vasculitis de pequeño vaso leucitoclástica. Radiografía de tórax: nódulo en lóbulo superior izquierdo (LSI). TAC toracoabdominal: masa de 25 mm suprahiliar izquierda con consolidación en parénquima adyacente que llega a la pared torácica y causa atelectasia del LSI. Fibrobroncoscopia: masa en LSI que estenosa el bronquio lobar superior izquierdo. BAS y biopsia: carcinoma epidermoide bien diferenciado. Pruebas de función respiratoria: normal. PET: masa de 41 × 49 × 48 mm suprahiliar izquierda SUVm 20,7, condensación parénquima adyacente de 31 × 21 × 28 mm que llega a la pared torácica anterior izquierda SUVm 11,7. Depósito focal a la altura del tercer arco costal anterior de 11 × 11 × 16 mm SUVm 6,2. Recibe tratamiento con sueroterapia y prednisona, evolucionando favorablemente la clínica abdominal y las lesiones cutáneas, las cuales desaparecen en 10 días. El Servicio de Cirugía Torácica confirma la irresecabilidad del tumor y se inicia tratamiento con quimioterapia por parte del Servicio de Oncología ante la presencia de un carcinoma epidermoide de pulmón cT4N0M0.

El 50-60% de las vasculitis cutáneas paraneoplásicas son VLC, y el 15%, púrpura de Schönlein-Henoch (PSH)¹. Loricera et al.² presentan una de las series más amplias de VPN cutáneas: de 421 adultos con vasculitis cutánea, solo 16 (3,8%) son paraneoplásicas, 7 por tumor sólido (un adenocarcinoma de pulmón) y 9 hematológico. La púrpura palpable estuvo presente en 15 pacientes, 4 tuvieron artralgias y/o artritis, 2 dolor abdominal,

la edad media fue de 67 años y la demora para el diagnóstico de la neoplasia fue de 17 días. La histología en todos los casos correspondía a VLC. Solans-Laqué et al.³, en una serie de 596 vasculitis en 15 años encuentran 15 VPN asociadas a tumores sólidos (2,5%): 9 VLC, 2 PSH, una panarteritis nodosa y 3 arteritis células gigantes. En algunas publicaciones las VPN reúnen criterios, bien clínicos o por la presencia de depósitos de IgA en las biopsias, para ser diagnosticadas de PSH. Zurada et al.⁴ presentan 3 casos de PSH paraneoplásica y hacen una revisión de los 31 casos publicados hasta el momento, el 61% asociados a tumores sólidos (8 de pulmón) y el 39% hematológicos. En la mitad de los casos la PSH aparecía en el mes del diagnóstico del tumor o de las metástasis. Recientemente Zhang et al.⁵ revisan los 13 casos previamente publicados de PSH asociados a neoplasia pulmonar: 8 epidermoides, 3 adenocarcinomas y 2 de células pequeñas. En 6 fueron sincrónicos al tumor, en 6 lo precedieron y en uno, posterior.

Por tanto, aunque las VPN son una manifestación poco frecuente, los tumores pueden presentarse inicialmente como vasculitis. Así mismo, las vasculitis persistentes o crónicas con respuesta insuficiente al tratamiento, especialmente en pacientes ancianos, deben hacernos descartar un síndrome paraneoplásico, y la recurrencia de un tumor debe ser sospechada cuando una vasculitis recidiva o aparece en un paciente diagnosticado de una neoplasia³.

Bibliografía

1. Park HJ, Ranganathan P. Neoplastic and paraneoplastic vasculitis, vasculopathy and hypercoagulability. *Rheum Dis Clin North Am.* 2011;37:593-606.
2. Loricera J, Calvo-Río V, Ortiz-Sanjuán F, González-López MA, Fernández-Llaca H, Rueda-Gotor J, et al. The spectrum of paraneoplastic cutaneous vasculitis in a defined population. *Medicine (Baltimore).* 2013;92:331-43.
3. Solans-Laqué R, Bosch-Gil JA, Perez-Bocanegra C, Selva-O'Callaghan A, Simeón-Aznar CP, Vilardell-Tarres M. Paraneoplastic vasculitis in patients with solid tumors: Report of 15 cases. *J Rheumatol.* 2008;35:294-304.
4. Zurada JM, Ward KM, Grossman ME. Henoch-Schönlein purpura associated with malignancy in adults. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55 Suppl:S65-70.
5. Zhang X, Yang S, Li W, Ming Z, Hou Y, Niu Z, et al. Adult Henoch-Schönlein purpura associated with small cell lung cancer: A case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2013;5:1927-30.

Lucía Pantoja Zarza*, Carolina Díez Morrondo y Elena Castro Rodríguez

Unidad de Reumatología y Sección de Neumología, Hospital El Bierzo, Ponferrada, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lpantojazarza@gmail.com (L. Pantoja Zarza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.04.003>

Perforación yeyunal por metástasis de mesotelioma pleural maligno



Jejunal Perforation by Metastasis of Malignant Pleural Mesothelioma

Sr. Director:

El mesotelioma pleural maligno es una neoplasia agresiva originada en el mesotelio pleural, siendo el asbesto el principal factor implicado en su patogénesis. Desde el punto de vista histológico, se clasifica en epitelioides (60%), bifásico (30%) y sarcomatoide (10%). Por lo general se manifiesta a nivel local en el hemitórax afecto, y su presentación como enfermedad metastásica es poco frecuente. Son raros los casos de mesotelioma pleural maligno que manifiestan

complicaciones gastrointestinales secundarias a implantes metastásicos. Presentamos un caso de perforación yeyunal por metástasis de mesotelioma pleural maligno tipo epitelioides.

Varón de 67 años con antecedentes de mesotelioma pleural maligno (T3N2M0) intervenido en julio 2010, en el que se realizó una pleuroneumectomía radical con linfadenectomía, recibiendo quimioterapia adyuvante y en seguimiento por Oncología. Acude a Urgencias en agosto de 2011 por dolor abdominal de 4 h de evolución, de inicio súbito, localizado en el hipogastrio y que posteriormente se hace difuso. A la exploración presenta abdomen con defensa generalizada y signos de irritación peritoneal. La analítica está dentro de los límites de la normalidad. La radiografía de abdomen no presenta hallazgos relevantes y se realiza una TC abdominal con contraste intravenoso que informa de neumoperi-